UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 101

AU SUJET DES HÉMATURIES LOINTAINES COMPLICATION RARE DE LA PROSTATECTOMIE POUR ADÉNOME



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

Jean-François-Michel BRUNATI

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à GROSSETO-PRUGNA (Corse), le 5 février 1905.

Examinateurs de la Thèse	MM. DUVERGEY, professeur...	*Président*
	ROCHER, professeur........	*Juges.*
	CAVALIÉ, agrégé..........	
	JEANNENEY, agrégé.......	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 101

AU SUJET DES HÉMATURIES LOINTAINES COMPLICATION RARE DE LA PROSTATECTOMIE POUR ADÉNOME



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

Jean-François-Michel BRUNATI

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à GROSSETO-PRUGNA (Corse), le 5 février 1905.

Examinateurs de la Thèse	MM. DUVERGEY, professeur...	*Président*
	ROCHER, professeur........	*Juges.*
	CAVALIÉ, agrégé..........	
	JEANNENEY, agrégé.......	



BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS....... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Physiologie	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM MICHELEAU, LEURET (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Maladies mentales	PERRENS.
id.	DUFOUR.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Physiologie	FABRE.	id.	CHARRIER.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	CREYX.	id.	RIVIÈRE.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	FAUGÈRE.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements	N.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle .... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MA SOEUR

A LA MEMOIRE DE MES FRERES

A LA MEMOIRE DE MES ONCLES

Capitaine Sébastien BRUNATI
Abbé Antoine BRUNATI
Docteur Dominique BRUNATI

A MON PERE

Faible témoignage de mon affection et de ma profonde gratitude.

A MON ONCLE

Docteur Paul BRUNATI
Officier de la Légion d'honneur,

A MES TANTES

A MES COUSINS

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE
DE MEDECINE NAVALE DE TOULON

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES TROUPES
COLONIALES DE BORDEAUX

A Monsieur le Médecin Général DARGEIN

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef MIRGUET

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Hommage de notre vive reconnaissance.

AU SUJET

DES

HÉMATURIES LOINTAINES

complication rare de la prostatectomie pour adénome.

AVANT PROPOS

Tous les auteurs que nous avons pu consulter paraissent considérer les hématuries tardives après prostatectomie pour adénome comme les plus éloignées dans leur apparition.

Les hématuries lointaines survenant après cette opération ne semblent pas avoir retenu l'attention des chirurgiens, puisqu'on n'en trouve pas de cas nettement défini dans la littérature médicale. Récemment, W.-B. Dakin, dans son article sur les complications rares de la prostatectomie, a omis d'en parler.

Cependant des hématuries se produisant des mois ou des années après l'adénectomie ne sauraient passer inaperçues et, de ce fait, pourraient prêter à confusion. Elles méritent donc une définition claire conduisant à un diagnostic facile en général; elles méritent aussi que l'on songe à leur traitement. Nous n'aurions qu'à citer la communication faite par M. le professeur Duvergey au Congrès d'urologie de 1930 pour lever toute hésitation à ce sujet.

Les caractères cliniques observés, les circonstances ayant entouré leur apparition et surtout l'examen cystoscopique pratiqué avec a-propos permettent d'éliminer des causes nombreuses d'hématuries. La communication faite par M. le Professeur Duvergey suffit à fixer notre opinion sur ce point. Toutefois, il peut être utile d'exposer les éléments du diagnostic différentiel de ces hématuries lointaines; nous essayons d'en faire ressortir les modalités au cours de notre travail.

Voici notre division :

Dans un premier chapitre, nous essayons d'établir une classification provisoire des hématuries, complication de la prostatectomie.

Dans un deuxième chapitre, nous étudions la pathogénie des hématuries lointaines survenant après prostatectomie pour adénome.

Dans un troisième chapitre, nous analysons la symptomatologie de ces hématuries.

Dans un quatrième chapitre, après quelques mots sur la marche, la durée et le pronostic de ces hématuries, nous abordons le diagnostic.

Notre cinquième chapitre est réservé au traitement.

Viennent ensuite les observations et nos conclusions.

Mais avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous tenons à témoigner publiquement notre reconnaissance à tous nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté, dont l'enseignement nous fut si précieux.

Nous ne saurions nous montrer assez reconnaissant envers M. le Professeur Duvergey, auquel nous devons également les éléments de ce travail et qui nous fait l'honneur de présider notre thèse.

HISTORIQUE

Les hématuries lointaines après prostatectomie pour adénome n'ont pas encore d'histoire, puisque la connaissance exacte en est toute récente.

Dans ce chapitre, nous essayerons surtout d'établir une classification provisoire des hématuries, complication de l'adénectomie à une échéance plus ou moins brève ou au contraire très éloignée.

Nous relevons, dans *Les maladies de la prostate* (Luys, 1926), que les « hématuries après prostatectomie pour adénome sont soit immédiates, soit secondaires, soit tardives. »

a) *Immédiates :* Hématuries de cet ordre se produisent immédiatement après l'opération ou dans les heures qui suivent.

b) *Secondaires :* Elles sont dans ce cas révélées du deuxième au quatrième jour ou plus rarement, du dixième au douzième jour après la prostatectomie (Legueu et Garcin, *Semaine des hôpitaux de Paris*, 1925, p. 41). Dans la *Presse médicale*, M. le Docteur Blanc cite le cas d'une hématurie secondaire survenue vingt-deux jours après l'opération.

c) *Tardives :* D'après Luys, elles se manifestent trois à quatre mois après l'opération. Legueu les considère comme rares et paraît qualifier de tardives les hématuries apparues du dixième au quinzième jour après la prostatectomie.

d) *Lointaines :* Apparaissent entre six mois et quatre années après l'adénectomie (Duvergey, Comm. Congrès urol., 1930).

Que les hématuries immédiates relèvent particulièrement

de l'anesthésie comme paraissent l'admettre Legueu et Garcin dans la *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1925, ou qu'elles résultent surtout d'une technique opératoire défectueuse (Cathelin), elles n'en sont pas moins très différentes des hématuries lointaines.

Seules les hématuries tardives consécutives à une infection ou dues à la persistance d'un adénome ou d'un fragment d'adénome (Luys) pourront être rapprochées des hématuries lointaines, mais ne seront pas confondues avec elles.

PATHOGENIE

Des cas ont pu être cités où un lambeau de muqueuse « s'étant détaché secondairement à l'opération, parce que mal nourri », était allé obstruer l'urètre. On a écrit à ce sujet dans le *Journal d'urologie :* « il ne faut pas laisser de lambeau de muqueuse vésicale lorsque le pédicule est trop étroit pour en assurer la vitalité; il faut vérifier soigneusement la loge prostatique. »

Cependant, des lambeaux de muqueuse même bien vascularisés peuvent saigner ultérieurement en formant de petits débris aberrants, mais pédiculés et bien nourris; et ceci rentre dans le cadre de notre travail. Enfin, une production granuleuse, bourgeonnante, citatricielle, pourra se développer parfaitement malgré la révision la plus soigneuse de la loge prostatique au cours de l'acte opératoire.

Or, que voyons-nous dans les trois observations publiées au Congrès d'urologie?

Observation I. — « La cystoscopie permet de constater l'existence d'un petit lambeau de muqueuse qui siège en arrière et à droite du col... et saignote légèrement au moment de l'examen. »

Observation II. — « A la cystoscopie, la vessie est parfaitement saine, pas de tumeur, pas de dilatation vasculaire ni de rougeur. En arrière du col vésical on constate l'existence d'une production irrégulière papillomateuse, pédiculée et un peu déchiqueté. »

Observation III. — « La cystoscopie ne révèle rien d'anormal. L'urétrocystoscope de Mac Carthey montre l'existence au-dessus du veru montanum et en arrière de lui, d'un gros

bourgeon charnu, sessile, d'apparence granuleuse, qui saigne au contact de l'instrument. »

Il résulte de ces examens cystoscopiques que les hématuries apparues longtemps après l'acte opératoire, « les hématuries lointaines », complication rare de la prostatectomie, trouvent leur explication soit dans la persistance de lambeaux de muqueuse ayant subsisté après l'opération, et « implantés dans la zone opératoire », soit enfin dans la formation d'un bourgeon charnu né « au niveau de la loge prostatique. » Ce bourgeon peu exubérant et non recouvert de muqueuse est analogue à ce que l'on observe au niveau des plaies à la fin de leur cicatrisation.

SYMPTOMES

Dans les trois cas que nous pouvons citer grâce à l'obligeance de M. le Professeur Duvergey, le diagnostic d'hématurie lointaine consécutive à une adénectomie paraît être imposé par des caractères cliniques assez précis :

Apparition : Nous remarquons dans l'observation I que ces hématuries se produisent six mois après l'opération sans cause provocatrice ou simplement favorisante. Cet intervalle est de dix-sept mois pour le malade ayant fait l'objet de l'observation III; il est de quatre années pour celui de l'observation II.

Moment de la miction. — Les hématuries sont totales, ayant toutefois marqué une prédominance initiale ou terminale dans deux cas (obs. I et III).

Abondance. — L'abondance est faible dans les trois cas observés.

Fréquence. — Ce sont des hématuries irrégulières; elles se reproduisent deux ou trois fois par semaine et chaque fois au cours de deux ou trois mictions seulement, dans le premier cas; elles apparaissent trois fois en une semaine chez le troisième malade, mais durent toute une journée et se reproduisent une semaine après chez le malade étudié dans l'observation II.

Phénomènes concomitants. — On ne constate en aucun cas des douleurs prodromiques ou de la gêne à la miction. Enfin, elles ne sont pas accompagnées par l'émission de caillots.

En résumé : Ces hématuries se produisent des mois ou des années après l'opération. Elles sont spontanées, capricieuses dans l'apparition et la durée, peu abondantes et même lé-

gères; indolores, solitaires, répétées, totales, mais à prédominance initiale ou terminale; sans caillots.

Nous devons remarquer que, malgré notre affirmation du début, ces signes pourraient, dans leur ensemble, prêter à confusion. Mais il nous sera loisible de préciser, à propos du diagnostic, les caractères différentiels.

Afin de ne pas compliquer l'exposé, nous ne parlerons de la cystoscopie que dans le chapitre réservé au diagnostic.

MARCHE. — DUREE. — PRONOSTIC

Nous venons de voir que la marche des hématuries lointaines après prostatectomie est capricieuse et ne peut faire l'objet d'une description plus précise.

La durée, également très variable, ne peut être fixée : « Une ou plusieurs mictions consécutives se reproduisant sans raison et disparaissant de même. » (Communication Congrès d'urologie, 1930.)

Le pronostic, évidemment bénin dans les trois cas précités (obs. I, II, III), est sans doute fonction du traitement.

DIAGNOSTIC

« Le diagnostic de ces hématuries est facile. Il suffit de soumettre le patient à la cystoscopie et à l'urétrocystoscopie pour reconnaître leur cause. Il faudra, dans certains cas, faire la distinction entre les tumeurs vraies et les productions sur lesquelles nous venons d'attirer l'attention. »

Telle est l'opinion émise par M. le Professeur Duvergey au Congrès d'urologie de 1930; elle ne saurait prêter à discussion. Cependant, il n'est pas inutile d'établir un diagnostic fondé sur les seuls signes fonctionnels présentés par les malades avant tout examen physique. Nous essayerons d'en montrer la possibilité, réservant les résultats d'un examen cystoscopique comme argument entraînant la décision.

De toute évidence, la grosse question qui se pose est celle-ci : *N'était-ce pas une hématurie par tumeur vésicale ?*

Nous essayerons d'y répondre.

D'autres problèmes secondaires peuvent se présenter à l'esprit : *Etait-ce une urétrorragie ?*

S'agissait-il d'un adénome dégénéré ?

Des fragments d'adénome n'étaient-ils pas restés en place ?

Un polype vésical se trouvait-il à l'origine de ces hématuries ?

N'y avait-il pas une infection causale ? (Luys, *Maladies de la prostate.*)

Enfin, ces hématuries venaient-elles des reins ?

1° *S'agissait-il d'hématurie par tumeur vésicale ?*

Voyons d'abord les caractères de l'hématurie d'origine vé-

sicale due au néoplasme, parallèlement avec ceux des hématuries qui nous occupent :

Hématurie du néo-vésical.	*Hématuries lointaines après prostatectomie pour adénome.*
Spontanée.	Spontanées.
Abondante.	Assez légères.
Persistante « et se reproduisant à intervalles réguliers d'une semaine, un mois ou deux mois, aggravant chaque fois l'anémie du malade ».	Sans persistance marquée.
Capricieuse; non influencée par le repos ou le mouvement.	Capricieuses.
Indolore en général.	Indolores.
Surtout terminale, mais cette qualité n'a rien d'absolu, la gradation de l'hématurie au cours d'une miction pouvant être variable.	Totales, mais à prédominance initiale ou terminale.
Caillots assez nombreux pouvant obstruer le col et de ce fait, déterminer des douleurs.	Jamais de caillots.

« On voit qu'elles rappellent à s'y méprendre les hématuries des tumeurs vésicales sans toutefois en atteindre l'importance. » (Communication d'urologie, 1930.)

Aussi serons-nous obligés, en pareil cas, d'avoir recours à la *cystoscopie*.

Or, que nous a-t-elle montré : Un simple lambeau de muqueuse qui siège en arrière du col et saignote légèrement, la vessie étant saine par ailleurs (obs. I).

En arrière du col vésical, également, une production rappelant le papillome, pédiculée, un peu vascularisée et dont le bord est un peu déchiqueté (obs. II).

Enfin la cystoscopie peut ne rien révéler; mais l'urétro-cystoscope montre un bourgeon charnu, sessile, granuleux, saignant au contact de l'instrument (obs. III). Pour les deux

premiers cas, il s'agit, selon toute évidence, « de débris de muqueuse implantés dans le voisinage du col vésical, de lambeaux de muqueuse qui ne se sont pas nécrosés, ni éliminés après la prostatectomie et qui ont continué à vivre pour saigner un jour. » (Comm. Congrès d'urologie, 1930.)

Mais on pourrait soutenir que, chez le deuxième malade, l'examen cystoscopique ne lève pas le doute : voici en effet une grosseur végétante, papillomateuse, se manifestant cliniquement quatre années après l'opération. par des hématuries totales assez abondantes (obs. II), durant toute une journée et se reproduisant deux fois à une semaine d'intervalle.

Le scepticisme est permis, mais il doit s'effacer devant le succès de l'étincelage.

Certes, « l'image ravissante », selon l'expression de Dittel, donnée par les petites tumeurs vésicales, ne saurait présager de leur nature bénigne ou maligne; et ne s'agissait-il pas ici d'une néoformation bénigne ayant répondu au traitement par l'étincelage?

Le diagnostic reste indécis; mais un traitement identique ayant dans les deux cas un égal succès, la conclusion pratique reste la même.

D'ailleurs, nous référant à la communication faite au Congrès d'urologie de 1930 par M. le Professeur Duvergey, nous citerons ce passage : « Il ne s'agit pas de tumeurs vésicales. Les productions que j'étudie ne ressemblent en rien aux papillomes vésicaux. D'abord, elles s'implantent dans la zone opératoire. Ensuite, elles n'ont pas les contours limités, les franges délicates, les villosités, ni l'épaisseur des papillomes vésicaux. Elles donnent bien d'une façon très nette l'impression de débris déchiquetés de muqueuse peu épaisse, qui ont subsisté à la prostatectomie.

» De même le bourgeon observé dans la loge prostatique ne donnait pas l'impression d'une tumeur, mais celle d'un bourgeon charnu, granuleux, observé classiquement dans la cicatrisation des plaies. »

2° *Etait-ce une urétrorragie?*

Pas de commémoratifs.

Enfin, les caractères de l'urétrorragie, tels l'émission de sang non seulement au moment des mictions, mais aussi en dehors du moment des mictions, ne se retrouvent pas. (Dr Boulanger, *Urologie des praticiens*).

3° *Ne s'agissait-il pas d'un adénome dégénéré?*

La cystoscopie n'a rien révélé à ce sujet. Les signes cliniques étaient ceux d'un adénome pur. Il est vrai que ceci ne tire pas à conséquence, un adénome pouvant présenter des noyaux de cancérisation latente.

Enfin et surtout M. Duvergey peut affirmer : « Mes trois malades ont bien été opérés pour adénome pur, il ne s'agit pas d'adénome dégénéré, cancérisé. » (Communication Congrès d'urologie, 1930).

4° *Des fragments d'adénome n'étaient-ils pas restés en place?*

L'aspect de l'image cystoscopique; la guérison simple et radicale par l'étincelage répondent à la question.

N'y avait-il pas une infection causale signalée par Luys en particulier?

Les malades ne présentaient ni pyurie, ni cystite; d'ailleurs la cystoscopie et le succès de l'étincelage imposent une réponse négative.

5° *Un polype vésical n'était-il pas à l'origine de ces hématuries?*

Cette question se confond avec celle des tumeurs de la vessie.

6° *Enfin ces hématuries ne venaient-elles pas des reins?*

Le caractère total des « hématuries lointaines » pourrait en imposer pour une lésion du rein, malgré leur prédominance initiale ou terminale.

On sait que les hématuries sont spontanées, totales, indolores, non modifiées par la marche ou le repos dans le néoplasme rénal; minimes et ne se produisant qu'au début des lésions pour la tuberculose rénale; provoquées par le mouvement en cas de lithiase; assez rares et d'origine congestive

pour le rein mobile; spontanées, continues, fréquentes pour la néphrite; intermittentes, souvent accompagnées de chylurie, endémiques dans les pays chauds, et se produisant principalement chez les jeunes sujets, dans les affections parasitaires; spontanées, intermittentes dans le cas d'hydronéphrose et se rencontrant surtout dans l'hydronéphrose intermittente (Dr Boulanger, *Urologie des praticiens*, juillet 1929, p. 51.)

7° Nous citerons pour mémoire les hématuries des varices rénales, des néphrites parcellaires unilatérales, de l'appendicite (par congestion rénale?). Enfin celles du col vésical, très rares.

A toutes les objections théoriques énumérées nous opposons particulièrement deux faits : L'image cystoscopique et le résultat de l'étincelage, auxquels on pourrait ajouter à propos des hématuries d'origine rénale *l'absence des commémoratifs, des principaux signes fonctionnels et des caractères physiques ordinaires* à chacune des affections rénales précitées; ainsi on pourra noter à propos un diagnostic différentiel des hématuries lointaines de la prostatectomie d'avec les hématuries rénales, la négativité de nombreux signes des affections chirurgicales du rein. On pourra rechercher :

a) La tumeur, tardive il est vrai, et la douleur inconstante, du cancer du rein; et même le varicocèle symptomatique.

b) La cystite et même les douleurs rénales ou la pyurie de la tuberculose rénale. Nous exceptons toutefois la forme hématurique donnant une hématurie totale; mais l'hématurie est alors durable.

c) Les douleurs avec irradiations testiculaires, réno-urétrales, réno-rénales, ou réno-vésicales de la lithiase rénale précédant ou accompagnant l'hématurie provoquée par le mouvement. Enfin les signes radiographiques.

d) La douleur, les troubles nerveux, les troubles dyspeptiques du rein mobile et les signes objectifs.

e) Enfin, les notions étiologiques, les petits signes du Brightisme, les troubles du début de la néphrite chronique ne sauraient laisser de doute sur l'origine d'une hématurie de cet ordre.

f) La pollakiurie, les douleurs vésicales et rénales, les hématuries provoquées ou augmentées par la fatigue, les antécédents coloniaux de la bilharziose ne sauraient prêter à confusion. D'ailleurs on pourra rechercher les œufs du parasite dans l'urine.

g) Les crises douloureuses, l'augmentation de volume du rein, puis la cessation brusque des douleurs et la diminution de la tumeur à la suite d'une débâcle urinaire, caractérisant suffisamment l'hydronéphrose intermittente de Landau.

Nous rappelons enfin que les hématuries d'origine rénale sont souvent accompagnées de l'émission de caillots susceptibles de donner un moulage de l'uretère.

Il ressort de cet exposé que le diagnostic des hématuries, complication lointaine de la prostatectomie pour adénome, doit surtout être discuté d'avec les hématuries par tumeur vésicale. L'habitude de la cystoscopie permettra dans beaucoup de cas un diagnostic étiologique assuré. D'ailleurs le papillome bénin étant justiciable de l'étincelage, seule la tumeur maligne de la vessie devra faire l'objet de la plus attentive recherche.

TRAITEMENT

Le traitement des hématuries lointaines de la prostatectomie est simple, radical : « L'étincelage est en pareil cas la méthode héroïque qui permet de guérir en une seule séance. » (Communication Congrès d'urologie, 1930.)

Les observations I, II et III en font foi. Il faut remarquer toutefois que le doute sur la bénignité de la cause pourra amener l'idée d'une taille hypogastrique permettant l'exploration à ciel ouvert et la cure radicale.

Aux partisans de cette intervention sanglante, nous opposerons d'ailleurs certaines conclusions rapportées par Beer, de New-York, au Congrès d'urologie de Bruxelles, 1927, sur le traitement des tumeurs vésicales par les agents physiques : « Le traitement des papillomes bénins se fera par les courants de haute fréquence et par voie urétrale, à l'aide de cystoscope. Au cas où une seule séance n'est pas suffisante, renouveler des séances courtes de dix à quinze minutes, espacées de quinze jours au moins. »

« L'échec du traitement doit faire penser à une tumeur maligne. »

La localisation anatomique des formations qui nous occupent (obs. I, II, III) accorde une très grande facilité au traitement cystoscopique.

La cystostomie suivie d'étincelage, et surtout les opérations graves (cystectomie partielle ou totale) auxquelles la cystostomie peut préluder, ne sont que des pis aller de la plus haute exception et valables seulement en cas d'échec du premier traitement et de malignité confirmés.

OBSERVATIONS

(Communication de M. le Professeur Duvergey au Congrès d'urologie de 1930.)

Observation I.

M. V..., âgé de 64 ans, entre à l'hôpital du Tondu dans le service de clinique des voies urinaires en avril 1927 pour rétention incomplète, avec distension due à un adénome prostatique. Cystostomie d'urgence. Suites normales. La prostatectomie est exécutée un mois après dans de bonnes conditions. Un adénome moyen est enlevé. Sortie en juin 1927 avec guérison complète. (*Il n'y a jamais eu d'hématurie.*)

V... revient en novembre 1927 pour des hématuries qui se produisent de temps en temps depuis deux mois. Elles sont totales ou terminales suivant le jour, assez légères, irrégulières, sans caillots. Les mictions sont satisfaisantes, rien au toucher rectal.

En résumé : Ces hématuries se produisent deux ou trois fois par semaine; elles ne sont pas très abondantes et durent pendant deux ou trois mictions chaque fois.

La cystoscopie est aussitôt pratiquée. Elle permet de constater l'existence d'un petit lambeau de muqueuse qui siège en arrière et à droite du col, sur lequel il s'implante par un pédicule assez ténu. Au moment de l'examen, ce petit lambeau saignote légèrement. Par ailleurs la vessie est saine.

Mon chef de clinique, M. le Docteur Ramarony, pratique dans une seule séance l'étincelage sur le pédicule de cette sorte de tumeur, qui est ainsi détruit. La guérison a été définitive.

Observation II.

M. B..., âgé de 77 ans, subit en avril 1924 la cystostomie pour rétention vésicale due à un grand adénome prostatique. Le second temps est exécuté en mai 1924. Les suites sont absolument normales, les fonctions vésicales redeviennent physiologiques.

En février 1928, une hématurie totale assez abondante (dure une journée) attire l'attention de ce malade; suivie d'une seconde hématurie, une semaine après, sans caillots, ni douleur. C'est dans ces conditions que je revois mon ancien opéré, dont les hématuries ont cessé.

A la cystoscopie la vessie est parfaitement saine; pas de tumeur, pas de dilatation vasculaire, ni de rougeur. En arrière du col vésical, je constate l'existence d'une production irrégulière, à allure papillomateuse pédiculée et un peu vascularisée. Le bord libre de ce lambeau flottant est un peu déchiqueté. Je détruis par l'étincelage cette production muqueuse.

Les hématuries ne se sont plus reproduites.

Observation III.

M. L..., âgé de 73 ans, est opéré par moi d'une cystostomie pour rétention incomplète avec distension en août 1926. La prostatectomie est exécutée le mois suivant. Les suites d'opération sont normales. L'adénome était gros. La guérison est complète.

En février 1928 se produisent, en une semaine, trois hématuries totales sans caillots, peu abondantes, à prédominance initiale et terminale.

La cystoscopie ne révèle rien d'anormal. L'urétrocystoscope de Mac Carteay montre l'existence en dessus du *veru montanum* et en arrière de lui, d'un gros bourgeon charnu qui saigne au contact de l'instrument. Il est sessile, a une apparence granuleuse. Il est détruit par l'étincelage. Depuis, les hématuries ne se sont pas reproduites.

CONCLUSIONS

I. — Les hématuries lointaines après la prostatectomie pour adénome sont rares ou, plutôt, semblent être passées inaperçues jusqu'à la récente communication faite au Congrès d'urologie de 1930.

II. — Elles sont bien différentes des hématuries post-opératoires proprement dites et ne sauraient être confondues avec elles, ni avec les hémorragies tardives consécutives à une infection et dues, comme le dit Luys, à la persistance d'un fragment d'adénome.

III. — Elles sont totales, terminales; ou bien totales avec prédominance initiale ou terminale; spontanées, capricieuses, indolores, répétées, irrégulières, sans caillots, ni coexistence de douleurs locales ou à distance.

IV. — Cliniquement, elles présentent une physionomie spéciale quoique assez difficile à établir, le diagnostic pouvant se discuter surtout avec les hématuries par tumeur vésicale.

V. — L'examen physique au cystoscope permettra d'éliminer la plupart des autres causes d'hématurie.

VI. — L'étincelage constitue un moyen thérapeutique radicalement efficace. La taille hypogastrique ne sera qu'une exception permise dans les deux cas suivants, qui d'ailleurs se

confondent : 1° Doute absolu sur la bénignité relative de la production causale; 2° Echec confirmé du traitement cystoscopique.

VII. — Enfin, il sera, dans une certaine mesure, possible d'éviter ces hématuries (au moins celles qui paraissent dues à la persistance d'un lambeau de muqueuse), en « vérifiant soigneusement » la loge prostatique après énucléation de l'adénome.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
J. DUVERGEY.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 juillet 1931.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

1. Duvergey. — Communication au Congrès d'urologie, 1930.
2. *Presse médicale* 1930, p. 1473 · Hématuries lointaines de la prostatectomie.
3. Luys. — *Maladies de la prostate*, Doin, édit., 1926, p. 396-397.
4. Legueu et Garcin. — *Sem. des hôpitaux de Paris*, 1925, p. 41.
5. Ramond. — Conférences de clinique médicale pratique, t. VII.
6. Dr Boulanger. — *Urologie des praticiens*, 1929, p. 51.
7. Ed. Beer. — Remowal of neoplasme of urinary bladder, in *The journal of medical association*, may 28, 1910.
8. Ed. Beer. — *Congrès d'urologie*, Bruxelles, 1927.
9. Legueu. — *Revue gén. chirurgie*, 1924.
10. Marion. — Traité d'urologie.
11. Ramarony. — *Journal d'urologie*, 1928, t. I, p. 93.
12. Legueu. — Traité d'urologie, p. 314-316, 1212, 1214, 1285.
13. W. B. Dakin. — Complications rares de la prostatectomie, in *The Journal of Amer. Assoc. (Chicago)*. — Compte rendu du *Journal d'urologie* de mai 1931, p. 525.
14. Blanc, *Presse médicale*, 1927, t. II, p. 1017.

16.484. — Bordeaux, Imprimerie Cadoret, 3, place Saint-Christoly. — 1931.